ITEM 287 : DIVERTICULOSE COLIQUE ET DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE AIGUË

- **Diverticule colique** = hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire du colon ➙ localisation prédominante dans le colon sigmoïde (mais possibles dans tout le colon sauf le rectum)
- **Diverticulose du côlon** : plusieurs diverticules, asymptomatique
- **Maladie diverticulaire** : **diverticulite** colique simple = **sigmoïdite** (inflammation/infection d'un diverticule) ou **compliquée** (abcès, fistule, péritonite, sténose pseudo-tumorale), **hémorragie** d'origine diverticulaire
- Diverticulose : prévalence **20-35%**, très rare < 30 ans, fréquence ↗ **avec l'âge** (50% à 50 ans, 70% >85 ans), **sex-ratio = 1**
- Prédominante dans les pays développés (Europe occidentale / Amérique du nord) : régime pauvre en fibres
- FDR : tabac, obésité, constipation, sédentarité, régime pauvre en fibre

Diverticulose non compliquée

= **Asymptomatique**, découverte fortuite sur une coloscopie ou un TDM TAP ➙ **Aucun TTT**
Complications de la diverticulose : Diverticulite, Hémorragie diverticulaire

DIVERTICULITE

= Rare < 30 ans, risque maximal entre 60 et 70 ans
- Evoqué cliniquement, **confirmé par scanner**
- Aucun traitement ou mesure diététique préventive connue
- Médicaments « diverticulo-toxiques » favorisants la diverticulite et ses complications (masquent les symptômes initiaux) : **AINS** (à ne pas prescrire si doute diagnostique de diverticulite), **corticoïdes, immunosuppresseurs**

Forme habituelle

SF
- **Douleur en fosse iliaque gauche +++**
- **Trouble du transit** : **constipation**, parfois diarrhée
- **Fièvre**
- **SFU fréquents** (pollakiurie, dysurie) par irritation de proximité, mais **évoquer une fistule sigmoïdo-vésicae** si brûlure mictionnelle/pneumaturie/fécalurie avec ECBU plurimicrobien et leucocyturie

SP
- **Défense en fosse iliaque gauche** (suspicion d'abcès) voire **contracture** (suspicion de péritonite)
- **Douleur à la décompression abdominale brutale** (= irritation péritonéale, suspicion d'abcès)

Bio
- **NFS/CRP/Créatinine : Syndrome inflammatoire** (↗ CRP, hyperleucocytose (>10 0000/mm^3) à PNN)

PC

TDM abdomino-pelvienne avec injection
- **En urgence**, *sans opacification digestive basse*
- **Confirme le diagnostic** : épaississement de la paroi colique > 4 mm avec infiltration de la graisse péri-colique et présence locale de diverticules
- **Complications** :
  . **Perforation** +++ : pneumopéritoine, fuite de PDC possible
  . **Abcès péri-sigmoïdien +++** : collection liquidienne +/- aérienne
  . **Fistule sigmoïdo-vésicale** : gaz dans les voies urinaires

- Imagerie discutée **à chaque épisode**
- Non indiqué : échographie, ASP, IRM, lavement opaque
- Contre-indiqué en contexte aigu : **lavement baryté**, **coloscopie conventionnelle**, **coloscopie virtuelle**

DD
- Douleur **colique** : appendicite ectopique, cancer du côlon abcédé, colite ischémique ou bactérienne, MICI
- Douleurs **extracoliques** de la **FIG** : salpingite, grossesse extra-utérine

TTT

Critères d'hospitalisation Reco 2018 +++
- **Mauvaise tolérance clinique** : signe d'irritation péritonéale, hydratation orale impossible, absence d'amélioration après 48-72h de traitement
- **Contexte social** : impossibilité de surveillance ambulatoire
- **Gravité** : signes de complication TDM

TTT symptomatique
= TTT symptomatique **sans antibiotiques** en ambulatoire

Recommandé si
Diverticulite non-compliquée confirmée au scanner et :
- Pas de **signe de gravité** (dont PAS ≤ 100 mmHg, FR ≥ 22, confusion)
- Pas **d'immunodépression** congénitale/acquise (dont immunosuppresseur, corticothérapie, cancer évolutif, IR terminale)
- Pas de **score ASA > 3** : comorbidité grave ou patient moribond
- Pas de **grossesse**
- Contexte social favorable

Antibiothérapie Reco 2018 +++
= Actif sur les bactéries coliques aérobies (**BGN**, **entérocoque**) et anaérobies
TTT per os ambulatoire si échec du TTT symptomatique
TTT IV hospitalier si signe de gravité, grossesse, ASA>3, immunodépression

Ambulatoire
- **Augmentin®** en 1ère intention pendant **7 jours**
- Si allergie : **Fluoroquinolone** + **métronidazole** pendant **7 jours**

Hospitalier
- Par voie IV : **Augmentin®** ou **C3G + métronidazole**
- Si allergie : **Fluoroquinolone + métronidazole** (IV)
- Relai oral : **Augmentin®** ou **Fluoroquinolone + métronidazole**

Mesure associée
- **Régime alimentaire non restrictif, sans résidu pendant la phase aiguë**

<table>
<tr><td rowspan="4">DIVERTICULITE</td><td rowspan="3">Complications</td><td>Classification de Hinchey
(clinico-radio)</td><td colspan="2">- Stade Ia : phlegmon péricolique Ib : abcès péricolique
- Stade II : abcès pelvien, abdominal, rétropéritonéal (péritonite localisée)
- Stade III : péritonite généralisée purulente
- Stade IV : péritonite stercorale (perforation)</td></tr>
<tr><td>Abcès Ib et II</td><td colspan="2">= Complique 30% des diverticulites sigmoïdiennes.
Traitement par ATB IV seule (7j) si abcès petit (<3 cm)/non-drainable, ou drainage percutané (voire chirurgie si échec du drainage).
Coloscopie et sigmoïdectomie recommandées à distance</td></tr>
<tr><td>Péritonite III et IV</td><td colspan="2">= Péritonite purulente ou fécale : fuite extra-digestive d’air/produit de contraste à la TDM
- Tableau en 2 temps : abcès (douleur/défense localisées fébriles) puis péritonite généralisée (contracture diffuse, TR douloureux, sepsis +/- sévère si péritonite stercorale, iléus réflexe)
➞ Urgence chirurgicale : ATB IV + Hartmann (si haut risque) ou résection-anastomose
Si forme perforée sans péritonite = perforée-bouchée : surveillance rapprochée + ATB + repos dig</td></tr>
<tr><td></td><td>TTT si complication</td><td colspan="2">- Hospitalisation systématique
- Antibiothérapie IV active sur les aérobies & anaérobies, 7-15 jours selon le terrain et l’évolution :
. Augmentin + gentamicine
. Ou C3G (céfotaxime, ceftriaxone) + métronidazole
. Si allergie aux bêtalactamines : lévofloxacine + gentamicine + métronidazole
- Drainage radiologique si abcès drainable
- Chirurgie en urgence si péritonite ou échec du TTT) :
. Intervention de Hartmann (colectomie gauche / sigmoïdectomie avec colostomie d’amont terminale et suture du segment inférieur) si instabilité hémodynamique ou comorbidité sévère (ASA>3, insuffisance rénale terminale, immunodépression)
. Sinon : résection sigmoïdienne élective avec iléostomie pour protection de l’anastomose</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Fistule</td><td colspan="2">= Rare (< 10% des cas) : vers la vessie (homme) ou vers le vagin (femme hystérectomisée)
- Fistule colo-vésicale : SFU (pollakiurie), pneumaturie, ou fécalurie (pathognomonique) et/ou infections urinaires à distance de l’accès de diverticulite ➞ TTT chirurgical
. TDM : air dans la vessie, fuite du PDC digestif dans la vessie
. TTT chirurgical : résection anastomose en 1 temps par cœlioscopie
- Fistule colo-vaginale (rare, uniquement en cas d’hystérectomie) : infections vaginales récidivantes, émission de gaz/matière</td></tr>
<tr><td rowspan="5">DIVERTICULITE</td><td rowspan="3">Complication</td><td rowspan="3">Sténose</td><td>Sténose inflammatoire</td><td>= Sténose sigmoïdienne :
- Régression habituellement sous antibiothérapie</td></tr>
<tr><td>Pseudo-tumeur inflammatoire</td><td>- Sténose symptomatique : sub-occlusion
- TDM : sténose typiquement centrée, progressive, à bords réguliers
➞ Parfois très difficile à différencier d’un cancer : sténose excentrée à bords irréguliers, raccordée au colon en angle aigu
- Coloscopie généralement non contributive en aigu (sténose infranchissable) : réalisée à distance après refroidissement médical de la poussée
- Diagnostic souvent réalisé après sigmoïdectomie pour suspicion de tumeur</td></tr>
<tr><td>Sténose sigmoïdienne sèche, fibreuse</td><td>= A distance de poussées itératives de diverticulite : plus rare
- Occlusion incomplète (syndrome de Koenig) puis occlusion complète
- TDM : diagnostic différentiel avec un cancer colique
- TTT : intervention chirurgicale → anapath élimine le cancer</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Prise en charge après diverticulite</td><td colspan="2">Diverticulite aiguë d’évolution favorable : <u>Pas de surveillance</u> (ni TDM, ni bio)
Coloscopie si dépistage de CCR, doute diagnostic au TDM, après un épisode de diverticulite compliqué</td></tr>
<tr><td>Pas de TTT médical</td><td>➞ Aucune mesure diététique/médicale (dont probiotique) n’est recommandée
- Corticoïdes et AINS <u>déconseillés</u> : aggrave le risque de lésions infectieuses sévères</td></tr>
<tr><td>TTT chirurgical
Reco 2018
+++</td><td>Résection élective sigmoïdienne prophylactique, recommandé si :
. Diverticulite compliquée (abcès++), fistule, sténose symptomatique
. Patient immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique
. Symptômes persistants ou récidives fréquentes : impact sur la qualité de vie
/!\ Pas recommandée après plusieurs poussées non-compliquées ou < 50 ans

- Coloscopie pré-opératoire systématique pour éliminer un CCR synchrone
- Modalités : ≥ 2 mois après un épisode de diverticulite, au mieux sous coelioscopie
- Résection limité au sigmoïde en emportant la charnière recto-sigmoïdienne
- Iléostomie de protection si péritonite ou patient instable ou à risque de complications</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">HEMORRAGIE DIVERTICULAIRE</td><td colspan="2">= Hémorragie souvent brutale, par érosion d'artérioles du collet ou du fond du diverticule
- Représente 1/3 des hémorragies basses soudaines de sang rouge, homme/femme de >60 ans
- Survenue indépendante d'une poussée de diverticulite ou d'un effort d'exonération
- Hématochézie (sang rouge avec caillots) voire méléna (si diverticule en amont de l'angle colique gauche)
- Retentissement hémodynamique variable : attention si tachycardie précédant les signes de choc
- Cesse spontanément dans 80% des cas
- Récidive = 15% après 1 épisode et 50% après 2 épisodes ➙ chirurgie prophylactique en cas d'épisode récidivant
- Surrisque si trouble de la coagulation inné/acquis (AINS, antiagrégants/anticoagulants)
- Examen proctologique : ne pas méconnaitre une cause ano-périnéale évidente</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>- Si retentissement hémodynamique : endoscopie oeso-gastroduodénale (recherche de DD)
± Scanner abdomino-pelvien injecté : rarement indiqué (si retentissement hémodynamique sans cause digestive haute retrouvée à l'EOGD), puis coloscopie rapide (diagnostique +/- hémostatique)
- Si pas de retentissement sévère : coloscopie totale <72h avec possible geste d'hémostase</td></tr>
<tr><td>TTT si hémorragie abondante/ mal tolérée</td><td>= Dépend du retentissement hémodynamique et des besoins transfusionnels
- Soins de support : hospitalisation en USI, remplissage, transfusion, amines
- Hémostase : électrocoagulation, injection adrénalinée / clip lors de la coloscopie si saignement actif
- Embolisation radiologique si état hémodynamique instable ou dépendance transfusionnelle (> 6 culots)
- Chirurgie si échec/impossibilité de TTT endoscopiques/ radiologiques et nécessité de transfusion massive : colectomie segmentaire (si localisation connue) ou colectomie totale (si localisation inconnue et diverticules coliques diffus)</td></tr>
</table>